

ПЕРВЫЙ ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО АТЕНЗИОННОГО СПОСОБА ГЕРНИОПЛАСТИКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

¹Жук С. А., ²Новицкая В. С.

¹УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Наружные грыжи живота – одно из самых распространенных хирургических заболеваний человека, встречаются у 5-6% населения европейских стран [4]. Из них на паховые грыжи приходится до 60,5-70% случаев [3]. Паховое грыжесечение по количеству плановых и экстренных операций составляет 24-66% от всех оперативных вмешательств, которые выполняются в общехирургическом стационаре. В повседневной хирургической практике при лечении паховых грыж наибольшее распространение получил натяжной метод Бассини [1]. Однако частота рецидивов заболевания после оперативного лечения по данной методике наблюдается в пределах 8-11%, у лиц пожилого возраста даже достигает 15-20% [5]. На сегодняшний день наиболее распространенным способом герниопластики без натяжения является метод Лихтенштейна. Данный метод широко применяется во всех европейских странах и на постсоветском пространстве. Однако и он имеет ряд отрицательных сторон. К ним относятся прежде всего фиброзные изменения в семенном канатике, которые вызваны тесным контактом его с сеткой [2; 6]. Наряду с этим может наблюдаться и флотация сетчатого эндопротеза в силу выраженных возрастных дистрофических изменений в мышцах брюшной стенки, к которым фиксируется эндопротез. Это приводит к тому, что эндопротез может сворачиваться в паховом канале, и у пациентов развивается рецидив грыжи. В связи с этим разработка новых методов атензионной герниопластики является актуальной задачей.

Целью нашего исследования явилась оценка первых результатов клинического применения нового атензионного метода герниопластики у лиц пожилого возраста.

Проведен анализ хирургического лечения 15 пациентов пожилого возраста с паховыми грыжами. Из них у 12 грыжи были III А типа, у 3 – III В типа по Nyhus. Перед операцией и на 5-е сутки после оперативного лечения пациентам проводилось УЗИ пахового промежутка и определялась скорость истратеистикулярного кровотока на стороне хирургического вмешательства и на контралатеральной стороне. Атензионная герниопластика пахового канала выполнялась по разработанной нами методике (Уведомление национального центра интеллектуальной собственности о положительном результате предварительной экспертизы по заявке на выдачу патента на изобретение № а 20160296 от 03.08.2016 г., рис. 1).

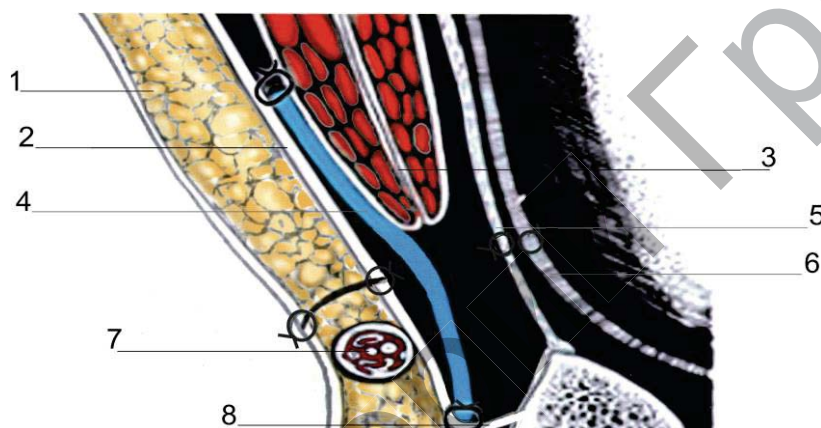


Рисунок 1. – Схема атензионной герниопластики у лиц пожилого возраста

Способ осуществляют следующим образом. Разрез кожи и подкожной жировой клетчатки длиной 8 см производят параллельно паховой связке и выше ее на 2 см. Вскрывают апоневроз наружной косой мышцы живота. Грыжевой мешок выделяют из окружающих тканей, вскрывают, прошивают у основания, перевязывают и отсекают. Семенной канатик поднимают вверх. Под семенным канатиком ушивают поперечную фасцию (5). Из полипропиленовой сетки выкраивают заплату определенной формы с отверстием для семенного канатика. Отведя семенной канатик кверху, закругленный конец сетки фиксируют монофильной нитью к надкостнице лонной кости. Затем сетчатый эндопротез (4) размещают так, чтобы он полностью закрывал заднюю стенку пахового канала и на 1-2 см накладывался на внутреннюю косую и поперечную мышцы живота. Семенной канатик располагается в

окне сетки, а ножки сетчатого эндопротеза заходят латеральнее внутреннего отверстия пахового канала, а нижний край его располагается на паховой связке. Сетку фиксируют узловыми швами к паховой связке (8). Для предупреждения флотации и сворачивания сетчатого эндопротеза верхний край его отдельными швами фиксируют к верхнему лоскуту апоневроза наружной косой мышцы живота, одновременно захватывая внутреннюю косую и поперечную мышцы живота (3). Ножки сетчатого эндопротеза сшиваются за отверстием, через которое проходит семенной канатик. Под семенным канатиком (7) верхний и нижний края апоневроза косой мышцы живота (2) сшиваются отдельными узловыми швами до его нового места выхода в подкожную клетчатку. Семенной канатик располагается на апоневрозе косой мышцы живота. Над семенным канатиком прошивается фасция Томпсона. После завершения пластики задняя стенка пахового канала представлена поперечной фасцией, сеткой и апоневрозом косой мышцы живота.

В послеоперационном периоде пациентам в течение 2 дней назначались обезболивающие препараты, проводилась профилактическая антибиотикотерапия. Местных осложнений в виде воспалительных инфильтратов, гематом, увеличения яичка в размерах не отмечено. УЗИ исследование показало, что на 5-е сутки на стороне оперативного вмешательства скорость интратестикулярного кровотока практически не отличалась от скорости интратестикулярного кровотока на контралатеральной стороне и не отмечено скопления жидкости в оболочках яичка. Через 6 месяцев осмотрены 5 пациентов. Осложнений не выявлено.

Таким образом, разработанный нами способ атензионной герниопластики прост в исполнении, не требует использования дорогостоящего оборудования и может быть использован при лечении паховых грыж у лиц пожилого возраста.

Литература:

1. Алиев, С. А. Эволюция методов хирургического лечения паховых грыж / С. А. Алиев // Вестник хирургии. - 2010. - № 5. – С.109-113.
2. Гвенетадзе, Т. К. Профилактика развития мужского бесплодия после разных способов паховой герниопластики с использованием сетчатого эксплантата / Т. К. Гвенетадзе, Г. Т. Гиоргобиани, В. Ш. Арчвадзе // Новости хирургии. - 2014. - № 3, т. 22. - С. 379-385.

3. Жебровский, В.В. Хирургия грыж живота // В. В. Жебровский.- М.: МИА, 2005.- 400 с.

4. Кириенко, А. М. Распространенность грыж передней брюшной стенки: результаты популяционного исследования / А. М. Кириенко, Ю. Н. Шевцов, А. С. Никишков, Е. И. Селиверстов, А. М. Татаринцев // Хирургия.- 2016. - №8. - С.61-65.

5. Шулутко, А. М. Результаты пластики без натяжения по методике Лихтенштейна у больных с паховыми грыжами / А. М. Шулутко, А. И. Данилов //Анналы хирургии.- 2003.- № 2.- С.74-77.

6. Hallen, M. Does mesh repair of groin hernia cause male infertility? / M.Hallen [et al.] // Hernia. – 2009. - Vol.1, N 13. – P. 25.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА ГРОДНО

Заяц О.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В настоящее время отмечается неуклонный рост пациентов с миопической рефракцией среди детского населения Республики Беларусь. По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь болезни органа зрения занимают четвертое место в структуре хронической патологии у детей.

Наиболее частыми причинами снижения зрения у детей школьного возраста являются: аномалии рефракции, косоглазие, амблиопия, рано приобретенная близорукость. Причинами возникновения близорукости в школьном возрасте являются значительные, часто чрезмерные зрительные нагрузки, практически повсеместное распространение электронных средств передачи и обработки информации, психологические факторы. Только сочетание методов раннего выявления нарушений зрения и причин, повлекших за собой эти изменения, способно предупредить развитие данной патологии [1,2].

Цель данных исследований - изучение распространенности патологии органа зрения детей, посещающих учреждения общего среднего образования города Гродно за 2015 год.

Методы исследования: по данным периодических медицинских осмотров проведена оценка первичной заболеваемости 35083 детей, посещавших учреждения общего среднего образо-